

Revisado conforme por: _____

firma del personal

Fecha: _____ Exención: Sí No
(vea el reverso)



CERTIFICATE OF IMMUNIZATION STATUS

CERTIFICADO DE ESTADO DE INMUNIZACIÓN

La ley estatal de Washington (RCW 28A.210.160) requiere que todos los niños tengan un Certificado de Estado de Inmunización completo en los registros de la escuela, pre-escuela o instalación de guardería a la que asisten.

Apellido del niño	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento
Nombre del padre/tutor			Teléfono durante el día	

Inmunización	Tipo de Vacuna	Dosis	Fecha aplicada		
			Mes	Día	Año
HEP B (HBV) Hepatitis B		1			
		2			
		3			
		4			
DTaP/ DTP/DT (Difteria, Tétano, Pertusis (Tos Ferina))		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
TD/Tdap		1			
		2			
		3			
HIB <i>Haemophilus influenzae B</i>		1			
		2			
		3			
		4			
POLIO (OPV por via oral, IPV por inyección)		1			
		2			
		3			
		4			

Inmunización	Tipo de Vacuna	Dosis	Fecha aplicada		
			Mes	Día	Año
MMR (Sarampión, Paperas y Rubéola)	MMR	1			
	MMR	2			
	MMR				
	Sarampión				
	Paperas				
	Rubéola				
VARICELA Varicela	Vacuna	1			
		2			
	Enfermedad	SI		NO	
Fecha aproximada o edad del niño cuando tuvo la enfermedad					
OTRAS VACUNAS					

➔ Certifico que la información proporcionada aquí es correcta y verificable. ←

X _____ Fecha _____
Firma del padre o tutor

Declaración de Exención a La Ley de Inmunizaciones

AVISO:

Su niño puede ser exento (excusado) de inmunización debido a razones médicas, personales o religiosas. Sin embargo, si se trata de un brote de una enfermedad prevenible con vacunas contra la cual no ha sido inmunizado su niño, el niño o la niña pueden ser excluidos de la escuela, pre-escuela o guardería hasta que termine el brote.

Exención Médica

Certifico que el niño nombrado en este formulario está médicamente eximido del requisito para las siguientes vacuna(s):

_____ Hasta _____
vacuna(s): _____ Fecha

Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del médico

firma del médico

Exención Personal

Exención Religiosa

Me opongo a las inmunizaciones. Entiendo que mi niño(a) puede ser excluido(a) de asistir a la escuela durante un brote.

No deseo que mi niño(a) reciba la(s) siguiente(s) vacuna(s):

Vacuna(s)

Firma del padre o tutor

Fecha

Documentación de Inmunidad

Certifico que el niño nombrado en este formulario tiene una evidencia de laboratorio de inmunidad a sarampión/paperas/rubéola/varicela (por favor marque con un círculo).

Adjunte los resultados del examen de sangre (TITER)

Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del médico

Firma o sello del médico

Fecha

Para mas información

<http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/documents/childschedule05.pdf>

<http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/schools.htm>

SPANISH